



پرسشنامه بیمه مسئولیت حرفه ای سردفتران و دفترياران

مدیریت کل بیمه های مسئولیت و حمل و نقل

مشخصات متقاضی

خانم/آقای	کد ملی
شماره شناسنامه	تاریخ تولد / / ۱۳
آدرس پستی :	
کد پستی	همراه
نمابر	تلفن

اطلاعات فعالیت

(۱) شماره دفتر خانه : دفتر شماره استان شهرستان

(۲) نام سردفتر : خانم/آقای

(۳) آدرس دفتر خانه :
کد پستی تلفن

(۴) پس از انقضاء بیمه نامه تعداد سالهای پوشش بیمه ای (دوره کشف) درخواستی را مشخص نمایید :

☐ سال ۱۰ ☐ سال ۹ ☐ سال ۸ ☐ سال ۷ ☐ سال ۶ ☐ سال ۵ ☐ سال ۴ ☐ سال ۳ ☐ سال ۲ ☐ سال ۱

سوابق بیمه ای

(۱) سوابق بیمه ای خود را در رشته مسئولیت سردفتران طی سه سال گذشته در جدول زیر درج نمایید :

نام شرکت بیمه	شماره قرارداد	حق بیمه پرداختی	تعداد ادعای خسارت	مبلغ خسارت دریافتی

تعهدات درخواستی

حداکثر تعهد مالی درخواستی در هر ادعای حقوقی	ریال
حداکثر تعهد مالی درخواستی برای مجموع ادعاهای حقوقی در طول مدت اعتبار بیمه نامه	ریال

مدت بیمه نامه

پوشش بیمه ای به مدت روز، از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ درخواست می گردد.

❖ شروع تعهد بیمه گر از تاریخ صدور بیمه نامه نافذ بوده و هر گونه خسارت کشف شده یا نشده قبل از شروع تعهدات بیمه گر مستثنی است.

این پرسشنامه به درخواست اینجانب تکمیل و با امضای آن ضمن تصدیق مندرجات، اعلام می دارم به کلیه پرسشها و سئوالات فوق با صداقت و حسن نیت جواب داده شده است و در صورت اثبات هر گونه اظهار خلاف واقع و یا کتمان حقیقت، مسئولیت آن مطابق مواد ۱۲ و ۱۳ قانون بیمه متوجه اینجانب می باشد.

تاریخ تکمیل : / /

نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : مهر و امضاء نمایندگی:

مهر و امضاء